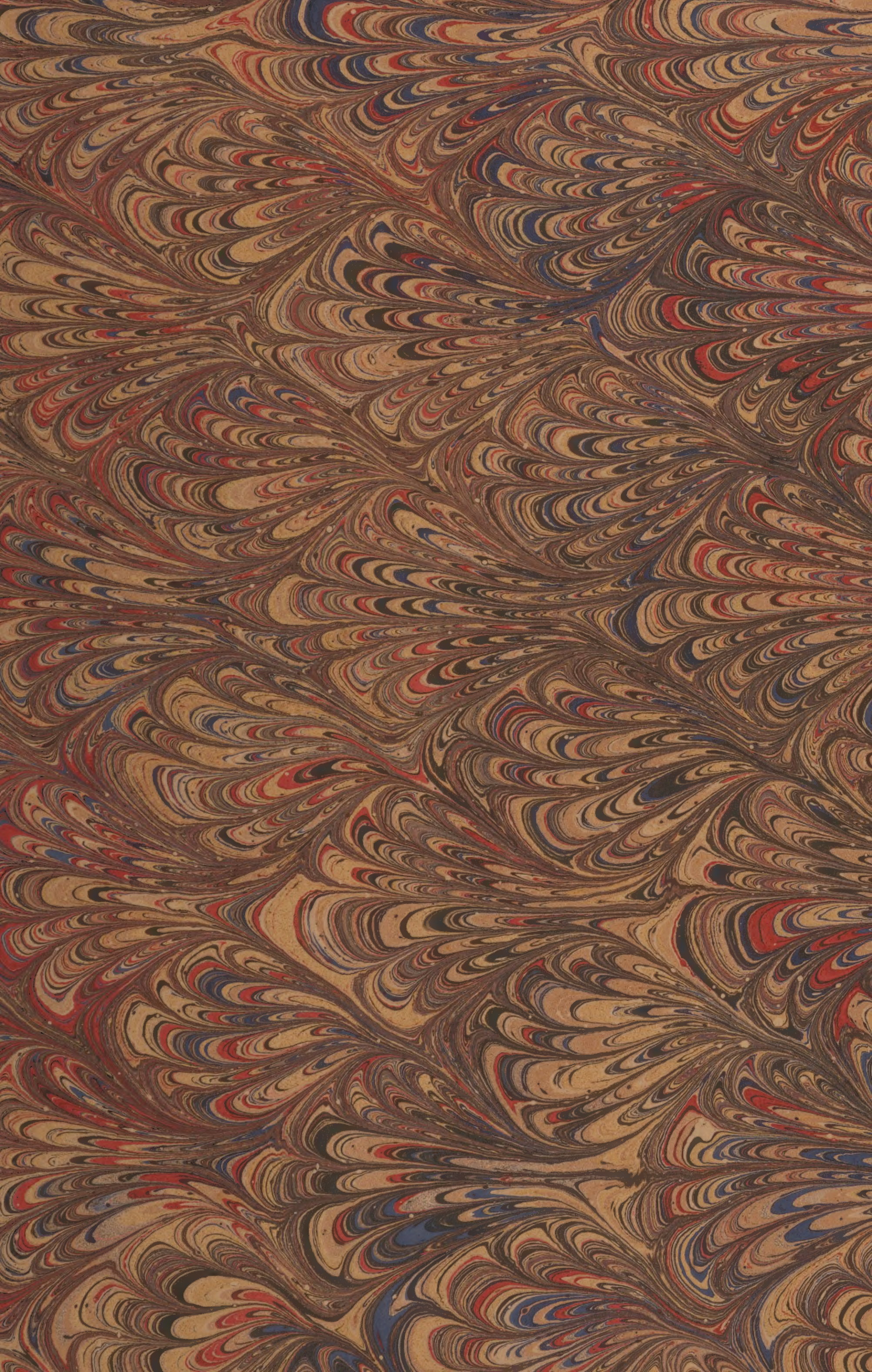


A mi querido compañero y amigo
Fernando [illegible] Recuerdo

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

OBSERVACIONES

SOBRE LAS

OPERACIONES PRACTICADAS EN 1875

EN LAS SALAS DE CLÍNICA QUIRÚRGICA

DEL HOSPITAL GENERAL DE HOMBRES

TÉSIS PARA EL DOCTORADO

POR

ENRIQUE E. DEL ARCA

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE PABLO E. CONI, ESPECIAL PARA OBRAS
60 — CALLE POTOSÍ — 60

1877

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DÉCANO

Dr. D. MANUEL PORCEL DE PERALTA

VICE-DÉCANO

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS

TESORERO

Dr. D. MAURICIO G. CATAN

Dr. D. MANUEL A. MONTES DE OCA
« « CLETO AGUIRRE
« « ERNESTO ABERG
« « SANTIAGO LARROSA
« « PEDRO A. PARDO
« « MANUEL ARAUZ
« « LEOPOLDO MONTES DE OCA.
« « EDUARDO WILDE
« « PEDRO A. MATTOS
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « JOSÉ T. BACA
« DOMINGO PARODI

SECRETARIO

Dr. D. JACOB DE T. PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica..	Dr. D.	Mauricio Gonzalez Catan.
Histología y Anatomía Patológica...	« «	Ignacio Pirovano.
Fisiolojía general y humana.......	« «	Santiago Larrosa.
Patolojía jeneral é Historia de la Medicina......................	« «	José T. Baca.
Materia Médica, preparaciones y Terapéutica......................	« «	Pedro A. Mattos
Patolojía esterna, operaciones y vendages........................	« «	Leopoldo Montes de Oca.
Patología interna, enfermedades mentales y de niños...............	« «	Manuel Arauz.
Higiene pública y privada........	« «	Guillermo Rawson.
Medicina legal y Toxicología......	« «	Eduardo Wilde.
Clínica Quirúrgica................	« «	Manuel A. Montes de Oca.
Clínica Médica....................	« «	Manuel P. de Peralta.
Obstetricia y Clínicas respectivas....	« «	Pedro A. Pardo.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	« «	Cleto Aguirre.

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D.	Bartolomé Novaro.
Histología y Anatomía Patológica....	« «	(Vacante)
Fisiología general y humana..........	« «	Francisco Tamini (en ejercicio.)
Patolojía general é Historia de la Medicina......................	« «	Jacob de T. Pinto.
Materia Médica, preparaciones y Terapéutica......................	« «	Pablo Santillan
Patología esterna, operaciones y vendages........................	« «	Lucio Melendez.
Patología interna, enfermedades mentales y de niños...............	« «	Luis Tamini.
Higiene pública y privada.........	« «	Pedro Mallo (en ejercicio).
Medicina legal y Toxicología.......	« «	Manuel Blancas.
Clínica Quirúrjica.................	« «	Juan A. Argerich.
Clínica Médica....................	« «	Juan Bautista Gil.
Obstetricia y Clínicas respectivas.....	« «	Antonio T. Ballester.
Oftalmología y Clínica Oftalmológica.	« «	Pedro Roberts.

Disectores :

D. Julian Aguilar. — D. Enrique E. del Arca

PRESIDENTE DE TÉSIS

Doctor Don MANUEL A. MONTES DE OCA

A la Memoria de mis Queridos Padres

Á MIS TIOS

Dr. D. Fernando del Arca y Da. Candelaria G. de Arca.

GRATITUD

A mi Querido Maestro

Dr D. MANUEL A. MONTES DE OCA

Aceptad este modesto trabajo como la espresion mas sincera del cariño que os profesa

VUESTRO DISCIPULO

La humanidad desde su orijen, se vió rodeada de agentes destructores, que obrando sobre el organismo ocasionan enfermedades; y dotada del instinto de propia conservacion, buscó los medios de escapar á su funesta influencia. Esos medios fueron los rudimentos del arte de curar.

Si nos remontamos buscando el orijen de la ciencia, encontramos al hombre primitivo, ignorante aun, sin mas guia que sus instintos, buscando las verdades en medio de [illegible], reuniendo las adquiridas por la experiencia y la observacion, para formar mas tarde con ellas un cuerpo de doctrina.

La Filosofía es la ciencia que expresa el agrupamiento ó conjunto de tódas esas verdades que constituyen los conocimientos humanos; la Sabiduría.

Cuando esos conocimientos se hicieron tan vastos, que no habia inteligencia capaz de abarcarlos, surgió la necesidad de dividir su estudio. Pitágoras separó la Filosofía de la Religion, y ciento treinta años despues, un hombre muy sábio, Hipócrates,

« Celui qui en Médecine ne se place pas au point de l'observation de l'homme vivant est en dehors de la science. »

FRÉDÉRIC BÉRARD.

SEÑOR PRESIDENTE:

SEÑORES ACADÉMICOS:

La humanidad desde su oríjen, se vió rodeada de agentes destructores, que obrando sobre el organismo ocasionan enfermedades; y dotada del instinto de propia conservacion, buscó los medios de escapar á su funesta influencia. Esos medios fueron los rudimentos del arte de curar.

Si nos remontamos buscando el oríjen de la ciencia, encontramos al hombre primitivo, ignorante aun, sin mas guía que sus instintos, buscando las verdades en medio de las tinieblas, reuniendo las adquiridas por la esperiencia y la observacion, para formar mas tarde con ellas un cuerpo de doctrina.

La Filosofía es la ciencia que espresa el agrupamiento ó conjunto de todas esas verdades que constituyen los conocimientos humanos; la Sabiduría.

Cuando esos conocimientos se hicieron tan vastos, que no habia inteligencia capaz de abarcarlos, surgió la necesidad de dividir su estudio. Pitágoras separó la Filosofía de la Religion, y ciento treinta años despues, un hombre muy sábio, Hipócrates,

separó á su vez la Medicina de la Filosofía, pero sin romper los vínculos que la han ligado y la ligarán siempre á ella, para poderse llamar ciencia; pues el verdadero médico como decia Galeno debe ser tambien filósofo.

Hipócrates fué el que arrancó el arte de curar de los brazos del empirismo, y de la supersticion en que yacía, para hacerla un conjunto de preceptos, una verdadera ciencia.

Ese hombre de génio producido por la Grecia fué tambien el primer clásico; y como si su espíritu hubiese sido animado por una revelacion divina, estableció las bases fundamentales sobre las que debia reposar.

Pero la inteligencia humana, obrera infatigable en su anhelo de saber, fué mas allá; procuró penetrar los misteriosos arcanos de la vida, buscando soluciones que apenas podia vislumbrar; y en ese camino la encontramos todavia, porque la série de fenómenos armónicos cuyo resultado es la vida, es un algo inherente á la materia organizada de que solo alcanzamos las manifestaciones, habiéndosenos vedado el secreto de su esencia.

Y sin embargo, el solo hecho de vislumbrar sus misterios, fué bastante para inteligencias de primer órden como la de Hipócrates: estudió las manifestaciones de la vida, sospechó su causa productriz y nos enseñó los medios de conservarla.

Desde entónces hasta nuestros dias han trascurrido mas de dos mil años, en los que se han conquistado innumerables adelantos, pero á pesar de todo, la Medicina que parece tan sabia ¡cuántas veces agota impotente la fuerza de sus conocimien-

tos, sin impedir que la muerte sea el fin de ciertas enfermedades!

Esto es lógico sin embargo, porque las leyes de la naturaleza son inmutables; la materia tiene que pasar por sus distintas faces de organizacion y desorganizacion y la mas mínima alteracion que sufriera el órden establecido, rompería la armonía universal para traer el cáos.

Así se esplica que la Medicina, la mas grande de la ciencias, la ciencia de Dios, como se le ha llamado, que tiene por objeto la vida, no cure ni pueda curar siempre. El médico como dice Chomel: «*cura algunas veces, alivia otras, consuela siempre.*»

A primera vista parece paradójico, que se llame ciencia de curar á la que no cura sinó algunas veces; pero nó: la que tiene su esfera de accion en el estenso campo que media entre la vida y la muerte y que algunas veces ayuda tan poderosamente al organismo para resistir á los agentes mórbidos, impidiendo que el equilibrio vital se rompa, es una gran ciencia.

Ahora, que cuando ese equilibrio se haya roto, porque las partes constitutivas de la máquina humana esten desgatadas por su largo funcionar, no disponga de medios capaces de recomponerla ¿qué puede haber de mas lójico? Ese es un límite.

Tampoco es preciso creer que curar algunas veces sea lo mas fácil; es una árdua tarea que algunos médicos consiguen gracias á la observacion y á la esperiencia, no sin tener que luchar siempre con la duda, esos escollos que asaltan á cada paso

al espíritu y que como dice Shakespeare « son traiciones que nos hacen perder el bien que pudieramos realizar, desviándonos del propósito de ensayarle. »

Convencido íntimamente de la verdad de esta asercion por lo que he leido, por las lecciones de mis maestros y por lo que alguna vez he podido comprobar personalmente, fijé mi atencion sobre la Clínica Quirúrjica, resolviéndome á tomar como punto para mi disertacion las operaciones prácticadas en el año 1875, y algunas consideraciones sobre las complicaciones que sobrevinieron; haciéndolas preceder de una breve reseña histórica desde el nacimiento de la Cirujía hasta la instalacion oficial de la Clínica esterna.

El resultado de lo que he podido observar á la cabecera de los que sufren, es lo que vengo á presentaros. — No abrigo por cierto la creencia de que sea bueno, porque observar bien es muy difícil, pero vosotros que podeis valorar mis esfuerzos, creo que sereis indulgentes para conmigo, teniendo en cuenta que mis propósitos han sido únicamente aprender para ser alguna vez útil, aliviando siquiera á mis semejantes.

IDEA GENERAL DE LA CIRUJÍA Y DE LA CLINICA QUIRÚRJICA.

Hay una rama de la Medicina cuyos adelantos han sido tan grandes, que ha merecido el nombre de exacta. Esta es la Cirujía cuyo nombre etimológico le viene del griego (*trabajo de mano*). Fué fundada por Hipócrates, el que guiado por escasos conocimientos de anatomía comparada, le imprimió el sello de su génio, deduciendo de su esperiencia verdades prácticas que aun hoy se reputan como axiomas.

Algunos de los procederes operatorios que se emplean en la actualidad, con lijeras modificaciones, fueron obra del sábio griego.

Claudio Ptolomeo sigue á Hipócrates: funda la Escuela de Alejandría donde Eraristrato y Herófilo, discípulos, fundan á su vez la Anatomía, practican las primeras disecciones sobre los cadáveres, y àvidos de conocimientos, llegan hasta abrir los hombres vivos condenados á muerte por la ley.

Roma, por esa época, estimaba poco el arte quirúrjico, siendo los esclavos griegos los que la practicaban allí, hasta que apareció uno de los Asclepiades, médico de Ciceron, que figuró como cirujano, aunque la historia no relata de él mas que el haber practicado por primera vez la traqueotomía.

Entónces, á causa de la invasion de los médicos griegos, la cirujía hizo progresos en Roma con la proteccion dispensada por los Césares.

La Grecia, cuna del saber, sigue produciendo inteligencias sábias. Allí nació Celso que pasó á Roma bajo el reinado de Augusto, con conocimientos mas precisos que sus antecesores, en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Por esos tiempos se consideraban como cirujanos notables en Roma á Thesalus, Lydien (el autor del metodismo quirúrjico), Areteo, Dioscórides, Loranus, Rufus de Efeso, Archigena, Antyllus, Antistius (el que describió las heridas que causaron la muerte de Julio César), el oculista Erós y otros.

Como iniciador de una nueva época en Cirujía despues de Celso, aparece en Asia Menor Galeno, renovando las prácticas Hipocráticas, haciendo vivísecciones y fijando su atencion sobre el organismo en movimiento, sobre la Fisiología. Enseña que « para ser cirujano es necesario ser anatomista » y con ese lema abre un ancho horizonte para numerosos progresos.

Muere Galeno, el hombre mas sábio de su siglo, como era llamado, pasando doscientos años hasta la aparicion de Oribasio y Aetius de Amida los que son seguidos por Pablo de Ejina y Alejandro de Tralles. Todos esos hombres, no juegan otro rol que el de compiladores, escepto Ejina, el que segun Philagrius prepara el camino para el tratamiento de los aneurismas por la ligadura.

Por esa época (siglo séptimo), tiene lugar la invasion de los bàrbaros, quienes destruyen todo lo que á su paso encuentran de artístico y científi-

co, queman los libros de Hipócrates, Galeno y Dioscórides, dejando todo el imperio Romano Occidental en el mas profundo oscurantismo.

Poco despues parte otra invasion del Oriente: los Arabes conquistan la Judea, la Syria, el Ejipto, la Palestina, el Norte de Afríca y parte de la España. Pero así que cesan de conquistar, en el siglo X, son los que hacen renacer la ciencia para difundirla por el mundo entero. Rhazes, Avicena, Albucasis, y posteriormente Avenzoar y Averroes son los que representan la Cirujía en esa época.

La Cirujía de la edad media en mano de los Arabes y de los monjes (compiladores de todo lo que se salvó de ser quemado por los bárbaros), fué reconstituida en España por Albucasis, cirujano de Sevilla y en Italia por los monjes del Monte-Cassino y Benedictinos, fundadores de la Escuela de Salerno.

Hasta el siglo XIV no se hacen notar progresos en Cirujía.

Era preciso que Juan Pitard fundára el Colejio Quirúrjico de Saint-Côme, donde enseñó á Gilbert Andern y Guy de Chauliac, para que éste, estudiando los libros de Anatomía escritos por Mondini de Luzzi de las disecciones de Bertruccius, se distinguiera en Francia, como Anatomista y Cirujano y levantara la ciencia á la altura de sus esfuerzos.

Los disípulos de Saint-Côme, se pusieron en pugna con los médicos, que llevados de su capricho rechazaban à los cirujanos, para unirse á los barberos, resultando de esta lucha y rivalidad que

estos últimos se eleváran y al correr de los años contáran en su gremio à un Ambrosio Paré.

En Italia funcionaban, adelantando cada dia mas, las Escuelas de Salerno, Padua y Nápoles, de donde salieron discípulos como Benivieni, Falcucci, Lanfranc y otros muchos, que procuraron bastantes progresos quirúrjicos.

Las discordias italianas hicieron emigrar á sus hombres de ciencia, y entre ellos á Lanfranc que se estableció en Paris donde cooperó á los adelantos de la Cirujía.

En Alemania Paracelso figuraba entónces, como profesor de la Escuela de Bâle. El no procuró nada nuevo para su país, pero le hizo conocer lo que habia aprendido de sus antepasados.

En el mismo siglo XVI nació en Laval, Ambrosio Paré. Cuando tuvo algunos años fué barbero, pero como en esa época, existía antagonismo entre los cirujanos y los médicos, resultó que Paré dotado de una inteligencia poco comun adelantara y se eleváta hasta el punto de ser llevado, como cirujano militar por Francisco I en su campaña á Italia, teniendo despues el mismo empleo con Francisco II, Enrique II, Carlos IX y Enrique III.

A los veinte años Ambrosio Paré se habia hecho conocer como un génio, revolucionando, aun niño, la Cirujía y la Terapéutica. Sacaba esquirlas y proyectiles dilatando las heridas, suprimiendo el bárbaro proceder de la cauterizacion que se usaba entónces, creyendo que la pólvora envenenaba las heridas.

Pero como los génios han recibido del Creador el don de la inventiva, Paré suprimió, tambien, la

cauterizacion de las amputaciones, para sustituirla por la ligadura de las arterias. Esto solo fué un acontecimiento (cuya historia se cuenta á propósito del sitio de Danviliers) de la mayor importancia para la Cirujía.

Los frutos de su génio le merecieron el nombre de padre de la Medicina del siglo XVI, y elevándose él, puso á su patria á la cabeza del mundo en Cirujía.

Vivió 80 años, durante los que escribió veinte obras notables por su originalidad, segun Malgaine, y fundó una escuela de donde salieron discípulos que esparcieron los conocimientos de su maestro por la Europa.

Al fin del siglo, la Italia atestiguaba su ilustracion con hombres como Vesale, Ingrassia, Varolio, Fallopio y Agua Pendente.

En Suiza, Franco, y sobre todo Fabricio de Hilden, figuraban como autores de los progresos de la época.

En el siglo siguiente, XVII, Harvey demuestra por primer vez el movimiento de la sangre en el aparato cardio-vascular; Aselli descubre los vasos quilíferos; Pequet su reservorio comun al que lo denomina Cisterna; Leuwenhoek inventa el microscópio, para mostrar un mundo nuevo, el de los infusorios; Glisson, Warton y Wirsung hacen conocer la Anatomía de estructura; y la Cirujía queda acallada en el terreno de la práctica, al decir de Guyon, como para dar lugar á que se efectuáran tantos descubrimientos, que mas tarde debian ser palancas poderosas de sus progresos.

Al siglo siguiente, Mareschal y Laperoynie fun-

daron la Academia de Medicina en Paris el 18 de Diciembre de 1731.

La academia fué un iman destinado á atraer à los hombres de ciencia, para que estimulàndose recíprocamente, propendieran cada uno por su parte al adelanto de la Cirujía; de su seno surjieron discusiones luminosas que ejercieron notable influencia en la Europa, y salieron hombres de talento como Haller, Hunter, Garengeot, Antoine Louis, etc. Pero debia llegar el fin del siglo para que un acontecimiento científico tuviera lugar en la Escuela Pràctica de Paris, el que se produjo con la fundacion de la enseñanza Clínica.

Esa gran institucion por la que se aprenden à conocer las enfermedades en el lecho mismo de los enfermos, es como dice Guyon, la gloria de Dessault, él émulo del inglés Hunter, que al decir de Malgaigne convirtió en ciencia la Cirujía, elevada á la categoría de arte por Paré y Petit.

Dessault inmortalizó su nombre en Francia, dictando por primera vez una conferencia Clínica en el año 1750. Sus conocimientos no los reveló él por escrito, pero sí, en sus conferencias que fueron redactadas y publicadas por Bichat y sus discípulos, revelando en ellas el talento orijinal de un gran clínico.

Pero voy à separarme de la enumeracion de hombres y de sus adelantos para ocuparme de la Clínica. Sin embargo, citaré respecto de ellos un párrafo de Sedilloten que nombra los hombres mas notables que figuraron en el siglo XVIII y en el principio del XIX. Hélos aquí : « Sabatier, Petit y posteriormente los que formaron el preludio de la *brillante era*

abierta por Percy (con la Cirujía conservadora), continuada por Boyer, Dupuytren, Larrey, Delpech, Roux, Lisfranc, Velpeau, Yobert de Lambale y otros tantos contemporàneos no ménos célebres.»

Entraré, pues, á ocuparme ahora de la Clínica, el coronamiento de los estudios médicos, como la llama Trousseau, ó la enseñanza de la Medicina Pràctica, segun Gueneau de Mussy, la que desde su fundacion abrió una nueva via en el estudio de las enfermedades, tanto médicas como quirúrgicas.

Esta institucion que enseña à conocer las enfermedades en el lecho mismo de los enfermos, se halla ligada à la Patolojía tan íntimamente que no podrian existir la una sin la otra. Pero si deseamos dar una idea bastante exacta acerca de ella, tomemos lo que dice Gueneau de Mussy al respecto: «Mientras que la Patolojía hace conocer el lado científico de la Medicina, la Clínica es la iniciacion al arte Médico: la primera se ocupa de las enfermedades, la segunda de los enfermos.

Se prestan un mútuo apoyo, inseparables la una de la otra. La patolojía y la Clínica siguen distintos métodos, la una parte de hechos particulares para comparar, agrupar, generalizar y abstraer; la otra apoderándose de los datos que le suministra la Patolojía, los aplica á los casos particulares, saca inducciones para conocer las lesiones que corresponden à los sintomas. esteriores para preveer las tendencias de la enfermedad y determinar el tratamiento que conviene oponerle; pero sin perder jamás de vista al *enfermo*, es decir, al organismo que sufre y que combate llevando á esa lucha sus aptitudes individuales, orijinadas ó adquiridas.»

Gueneau de Mussy marca perfectamente los límites de la Clínica y de la Patolojía, haciendo ver que el que estudia Clínica, puede facilmente apercibirse de no ser lo mismo *enfermo* que *enfermedad*; y esto se comprueba muchas veces: así por ejemplo, una enfermedad dada que aparece revistiendo cierta modalidad haria poner en duda al que tiene ideas puramente nosogràficas, respecto á ella, mientras que el clínico la reconoceria esplicándose la diferencia de manifestacion por el temperamento, constitucion è idiosincracia particular del paciente.

Ya he hablado de los vínculos que la ligan á la Patolojía, pero además tiene otros; pues se puede decir sin temor de equivocarse que se vale de todas las ciencias, tanto naturales como físico-químicas y de la Anatomía y Fisiolojía especialmente, las que le sirven de base de sustentacion.

Cuenta por fin, con la observacion y la esperimentacion, como lo he dicho antes, pero llevadas á efecto sin salir del círculo científico-racional.

Entendiendo por observar, como dice John Hughes Benmett: 1° apreciar exactamente los hechos, tales como son percibidos por los sentidos del práctico, ó trasmitidos por las impresiones del enfermo: 2° Sacar de estos hechos, conclusiones lójicas, relativas á la naturaleza del mal y al tratamiento que debe instituirse.»

No hay necesidad de decir que para aprecíar bien, es necesario tener buena educacion de los sentidos, medios que nos sirven para trasmitirnos las impresiones de los enfermos, lo que se consigue difícilmente y despues de un tiempo demasiado largo;

por eso observar bien es uno de los grandes problemas á resolver.

En cuanto á la esperimentacion, he dicho debe mantenerse en el círculo científico-racional, siendo ese el único medio de que ella haga progresos para el esperimentador y ningun daño para aquel sobre quien se haga la esperiencia.

Por último, concluiremos esta reseña, estableciendo la diferencia que existe entre la observacíon y el esperimento porque á veces suelen confundirse, dejemos hablar á Zimerman: «Un esperimento se diferencia de una observacion, en que el conocimiento que esta nos suministra, parece presentarse de suyo, por el contrario del que nos dá un esperimento, que es el fruto de alguna tentativa practicada con el designio de conocer un hecho determinado. Un médico que todo lo considera con atencion en el curso de una enfermedad, observa; y el que en una dolencia administra un medicamento y trata de apreciar sus efectos, esperimenta: por eso el médico observador escucha á la naturaleza y el esperimentador la pregunta.»

OPERACIONES

PRACTICADAS EN LA CLÍNICA QUIRÚRGICA DURANTE EL AÑO 1875

Y CONSIDERACIONES

SOBRE LAS COMPLICACIONES QUE SOBREVINIERON

Principiaremos por definir lo que se entiende por operacion: segun Littré y Robin (1) es: todo lo que hace el cirujano sobre el cuerpo vivo por por medio de instrumentos, sea dividiendo partes continuas *(diéresis)*, ya reuniendo partes separadas *(síntesis)* ó haciendo extraccion de una parte cualquiera *(exéresis)* ó sustituyendo una parte artificial á una natural que falta *(protésis)*.

A pesar de la autoridad de estos autores, creemos que esta definicion es algo deficiente, por cuanto pone siempre la mano del cirujano armada de instrumentos, habiendo, como se sabe, operaciones en que el cirujano interviene sin ellos.

La siguiente nos parece mas exacta: «Es la aplicacion mètodica que hace el cirujano de su mano sola ó armada de instrumentos sobre el hombre vivo, con objeto de evitar, aliviar ó curar una enfermedad». (2)

Ahora veamos las condiciones que deben tenerse en cuenta para practicar una operacion.

Nélaton dice: «la patología quirúrgica compren-

(1) Diccionario de Medicina.
(2) Argumosa, Resúmen de Cirujía.

de dos ramas distintas: 1ª el estudio de todos los hechos observados sobre la evolucion de las enfermedades; 2ª el conjunto de todos los medios imajinados para combatirlos.

«La primera rama, es la ciencia quirúrgica, la segunda es el arte que consiste, sobre todo, en la práctica de las operaciones, lo que se llama hoy *Médicina operatoria.*

«Para practicar una operacion es necesario tener en cuenta, ante todo, la oportunidad, es decir, el momento en que el cirujano debe intervenir; despues de advertirse de las contra-indicaciones que haya de parte del operado así como de la estacion del año y algunas otras condiciones que se tienen en cuenta sobre cada enfermo en particular. Se sumarán, como dice el autor citado, las probabilidades en pró y en contra y de allí se deducirà (si existen mas en favor) el tratamiento que debe seguirse». Para lo que es necesario tambien, tener conocimiento exacto de la enfermedad, entendiendo por esto «conocer el órgano ó los órganos primitivos ó mas profundamente dañados, clasificar sus alteraciones orgánico-vitales y apreciar la influencia que tiene en la economía.......» (1).

Una vez que el cirujano ha arribado á un juicio exacto y munido, como es natural, de buenos conocimientos de anatomía topográfica y de fisiolójia, puede con toda seguridad, abordar la operacion, con la conciencia tranquila de que el resultado á obtener será inmejorable. Por cierto que esa seguridad no vá mas allá de los límites de lo posi-

(1) Tésis del Dr. Cuenca (Claudio) sobre las simpatias.

ble y sin contar las complicaciones que pueden sobrevenir; las que muchas veces por sí solas arrastran los enfermos á la tumba.

Hemos hablado de las operaciones que deben ejecutarse, por ser de todo punto indispensables, las que se han llamado *de necesidad;* vamos ahora á ocuparnos de las de *complacencia* y de las de *urgencia.*

Las primeras son requeridas por alguna deformidad que no ocasiona, por consiguiente, perturbacion mórbida alguna en la salud del individuo que la tiene.

«En este caso aunque la operacion ofrezca mayores ventajas que inconvenientes, no está indicada de una manera precisa; podria ser útil, pero no necesaria, y un cirujano prudente debe abstenerse de llevarla á efecto» (1).

Pero nosotros encontramos algunos casos en que nos parece indicada la operacion; por ejemplo cuando el que tiene una deformidad muy grande, aunque sin sufrir, se encuentra sin embargo impedido de tal manera, que se vé privado de procurarse los medios para subsistir. En estas circunstancias nos parece conveniente la intervencion del cirujano.

Las segundas, las de *urgencía*, son aquellas en que la vída del enfermo amenaza perderse, si el arte no interviene inmediatamente; en estos casos el cirujano no puede hacer otra cosa que elegir el método operatorio à seguir, y proceder sin dilacion. Puede presentarse sin embargo el caso (co-

(1) Nélaton. Patologie esterne.

mo nos ocurrió una vez durante nuestro servicio en el hospital) de que un herido esté amenazado de muerte inminente por la clase de lesion, y la única probabilidad de salvacion pende del cuchillo del cirujano, teniendo tambien presente, que la intervencion puede ser causa de muerte durante su ejecucion. ¿Qué debe hacerse en este caso? Creemos que debe intervenirse puesto que de todos modos, la vida se pierde, mientras que operando queda una esperanza de salvacion.

Diremos por fin, que el cirujano debe tener destreza manual, ser hàbil, artista, sin separarse nunca de la parte científica, porque de lo contrario el arte por mas perfecto que sea falla en sus resultados.

El célebre Ambrosio Paré decia: «*yo lo operé, Dios le curó*» teniendo mucha seguridad del arte y poca confianza en la ciencia. Pero actualmente disponiendo de medios científicos y mecànicos tan perfectos como los que tenemos, casi puede decirse con el distinguido Norte-Américano Erigsen «la cirujía ha llegado á su perfeccion».

Entre nosotros, la Clínica dispone de todos los medios científicos, necesarios para ser buena, pero la desgracia ha querido que las salas del hospital estén en las peores condiciones higiénicas imajinables, así como el arsenal quirúrgico, que es incompleto y deteriorado y con el que hubiese sido imposible practicar muchas operaciones si el señor catedràtico no hubiese suplido las faltas con sus instrumentos particulares.

Pero por lo que hace á la higiene es algo lamentable, el abandono que se ha hecho de ella.

Las salas de Clínica como todas las del Hospital, tienen mala esposicion, respecto á su construccion, con decir que no se tuvo en cuenta al hacerlas, el fin que están desempeñando, habremos dicho todo; la ventilacion se hace regular pero no es metódica.

Las letrinas en muy mal estado, se encuentran en gran número dentro de las salas, manteniendo á sus moradores en una atmósfera mefítica.

La calefaccion así como el alumbrado, son: la primera peor que si no hubiera, pues existe una gran estufa en el centro de cada salà que quema á los que están próximos, sin ejercer influencia alguna sobre los demàs, el segundo muy mal distribuido.

Las dimensiones de las salas donde se dicta la Clínica son 59 metros 6 decimetros de longitud, comprendiendo un vestíbulo intermediario, 8 metros de ancho y seis de altura.

Los enfermos que las habitan son ahora cuarenta, pues antes eran cincuenta, lo que basta solo mencionar, sin entrar en otras consideraciones, como los reboques que son permeables, los cielos-razos de género, ángulos de las paredes, etc., para comprender que lo raro seria que fuesen sanas. Estos asilos donde se encuentran cuarenta hombres que sufren, tienen además endemias y epidemias de erisipelas, infeccion purulenta, etc., que ejercen un peso inmenso sobre la buena terminacion de sus dolencias.

AMPUTACIONES

Sin detenernos en definirlas, espondremos en general las ventajas que se han tenido en cuenta para la eleccion de procederes, del modo que se han llevado á efecto, y sus terminaciones.

El Dr. Montes de Oca (M. A.) ha tenido siempre predileccion por las âmputaciones sub-periósticas, atendiendo el importante papel que desempeña la membrana nutricia del hueso con sus propiedades osteogénicas, en impedir la formacion de *osteo-fitos* y abreviando el trabajo de cicatrizacion de las partes blandas.

En las amputaciones del tercio inferior del muslo, ha preferido siempre el proceder a *colgajo rotuliano* de Gritti modificado por Rizzolli, por las ventajas inmediatas que reporta con respecto á la cicatrizacion, así como para las ulteriores de proporcionar á la estremidad del femur una almohadilla huesosa á la vez que provista de tegumentos, que precaban al muñon de las violencias esteriores y de las ulceraciones en caso de aplicacion de aparatos ortopédicos.

La adopcion de este proceder ha tenido tambien en su apoyo la esperiencia, pues, durante el año 1874, casí todos los operados de esa manera sanaron perfectamente; lo mismo que ha sucedido durante los años siguientes 1876 y actual 1877, en que existen en la sala tres operados, los cuales entraron en las peores condiciones; se les amputó y á

uno de ellos hubo que ligarle *la femoral* por *hemorrajias discrásicas*, y sin embargo están todos muy bien, estando uno próximo á salir de alta. Solamente en 1875 este proceder, como todos, fallaba en sus resultados,— las razones las espondremos al fin del trabajo.

Pascual Noble entró con fractura conminuta complicada, con herida desgarrada de la pierna derecha. La tibia y el peroné estaban completamente destruidos; el pié izquierdo reducido á una masa informe; las partes blandas y los huesos destrozados. Este accidente habia sido ocasionado por el tramway.

El primer tratamiento que se le hizo consistió en estimularle por medio de una infusion de menta con espíritu de amoníaco aromático al interior, sinapismos, botellas calientes, con objeto de procurar darle calor esteriormente.

Él hombre estaba además anémico á causa de las excesivas pérdidas sanguíneas que habia sufrido. Sin embargo, como al dia siguiente ofreciera reaccion, se le hicieron las dos amputaciones que requeria: en el muslo derecho á *colgajo rotuliano* y en el tercio inferior de la pierna izquierda á *colgajo posterior*.

Á los dos dias murió, la *anemia* y la *conmocion nerviosa* que habia sufrido impidieron al organismo volver á su estado normal.

Vicente Moyano, argentino, entró el 8 de Febrero

con una fractura conminuta complicada con herida desgarrada de la pierna derecha.

La articulacion de la rodilla estaba abierta y fracturadas las estremidades condileas del fémur. Se practicó la amputacion en el tercio inferior del muslo por el método circular, procedimiento de Dupuytren, á las dos horas de haber entrado. Seis horas despues murió por una causa semejante al caso anterior.

Cayetano Firpo, italiano, se cayó en un pozo, y se fracturó conminutivamente la tibia y el perone derechos. Los huesos habian desgarrado los tegumentos y hacian saliencia fuera de ellos.

Á las cuatro horas se amputó en el muslo á *colgajo rotuliano.*

Á las 12 horas le vinó la fiebre traumática consiguiente y despues le sobrevinieron tres erisipelas, de las cuales la última fué tan intensa, que determinó mortificacion de los tejidos; sin embargo, todas las pérdidas de tejidos se restablecieron, y el enfermo quedó sano el 11 de Junio, fecha en que se dió de alta.

El tratamiento, como preventivo de afecciones pútridas, fué sulfato de quinina al principio, un escrúpulo en cuatro onzas de agua en tres dósis. Despues, cuanto à pesar del tratamiento tuvo erisipelas, ácido salicílico una dracma, suspendido en mucílago y repetida esta dósis cada dia; tôpicamente aplicaciones de éter alcanforado.

Ramon Cárdenas entró el 18 de Febrero con gan-

grena de los dedos gordo y segundo del pié derecho; despues de algun tiempo de tratamiento, se practicó un exámen que dió por resultado reconocer cárie de los huesos del pié en todas sus partes. Se resolvió amputar el tercio inferior de la pierna el 26 de Febrero, y al cerrar los huesos tibia y peroné, el catedrático nos observó que estos órganos tambien estaban enfermos.

Entónces se examinó hasta qué punto llegaba la enfermedad, que la calificó de *osteo-mielitis*, lo que se comprobó despues, por medio de un exámen detenido hecho por el aventajado estudiante, actual Dr. Lanús. Cerciorado que el mal comprendía hasta la rodilla inclusive, practicó la amputacion en el tercio medio del muslo. La necropsía de la pierna mostró los huesos completamente reblandecidos y destruidos en su mayor parte, la médula de color rojo oscuro. El enfermo murió à consecuencia de una supuracion abundante el 22 de Marzo.

El tratamiento que tuvo fué: sulfato de quínina un escrúpulo en cuatro onzas de agua; localmente glicerina iodada é inyecciones de tintura de iodo.

Francisco Paredes, español, herida desgarrada complicada con fractura del pié derecho producida por las ruedas del tramway. Amputacion Chopart 5 de Marzo, momento de su entrada.

Tratamiento local, al principio, irrigaciones de agua helada; al interior, quínina un escrúpulo en tres dósis como anti-febril y preservativo de infeccion. Á los tres meses salió bien restablecido.

El 25 de Marzo entró Antonio Costas, portugués, con una herida desgarrada de los dedos índice, medio, anular y meñique de la mano derecha. El mismo dia se practicó la desarticulacion de los cuatro dedos por el método elíptico de Soupart, por encontrarse interesada la piel de la region dorsal hasta el nivel de la articulacion meta-carpo falánjica. Como tratamiento se le dió al interior, ácido salicílico una dracma en diez onzas de agua azucarada al dia; localmente se hizo una curacion con hilas y se le puso el miembro bajo la accion de un aparato irrigador de agua fria.

La herida siguió una marcha normal hasta el 2 de Abril en que tuvo una erisipela simple, despues de la que marchó bien hasta su completa curacion, que terminó el 14 de Abril en que fué dado de alta.

Abundio Mayorkit, italiano, entró con una herida desgarrada, complicada con fractura conminuta de la tibia y peroné derecho y parte inferior del fémur.

Se practicó la operacion en el tercio medio del muslo à colgajos; murió á los tres dias de *piohemia.*

Juan Chichinequella, entró al Hospital el 4 de Julio, herido por arma de fuego en el antebrazo izquierdo, tercio inferior, con fractura del cúbito y radio conminuta; la arteria radial estaba interesada.

Se trató de conservar el miembro, viendo las buenas condiciones del enfermo, pero á los dos dias se gangrenó la mano y hubo que amputar en el tercio medio del brazo, método Dupuytren; el enfermo

siguió bien una semana, pero á los ocho dias tuvo *tétanos* de lo que murió.

Benito Quinteros, español, jóven fuerte, entró al hospital el 16 de Julio con una fractura conminutiva del antebrazo, tercio superior, abierta la articulacion del codo, las partes blandas desgarradas completamente y contundidas hasta el tercio superior del brazo.

El mismo dia de su entrada, se le amputó en el tercio superior límite de la contusion. Al mes, cuando la herida estaba en via de cicatrizacion, síntomas graves anunciaron la *piohemia*, por lo que se le administró ácido fénico en inyecciones hipodérmicas y quinina en altas dósis, pero murió el 12 de Agosto á pesar de todo cuanto se hizo.

José Mendoza, presentaba una herida punzante del brazo derecho, tercio inferior con lesion de la arteria humeral en su parte inferior ; inmediatamente se ligó la arteria en el tercio medio el 19 de Julio. A los cinco dias se gangrenó el brazo teniendo su límite el trabajo necrobiótico en el tercio inferior. Se le previno al paciente el peligro que corria sinó se le amputaba ; sin embargo se resistió hasta dos dias mas en que la enfermedad se habia estendido hasta el tercio superior, de manera que no quedaba casi lugar para elejir.

Entonces el catedrático creyendo que muypocas probabilidades quedaban de salvacion para el enfermo dejando solo obrar á la naturaleza y aun con la operacion, pero como último recurso, hizo practicar la am-

putacion en el tercio superior al señor Ayerza siguiendo el método circular.

Al dia siguiente no se manifestó mejoría alguna, por el contrario la gangrena siguió su marcha.

Este enfermo murió á los tres dias.

Telo Pardo, italiano, entró al Hospital el 19 de Julio, con herida desgarrada de la mano izquierda, fractura de los huesos del carpo, producida por una máquina de hacer pan; fué operado el dia 20, amputacion *circular subperióstica*, tercio inferior del antebrazo. Le vino *erisipela flegmonosa* el 28 de Julio, y despues *piohemia* que le causó la muerte.

E. E. aleman, se cayó del tranway pasándole las ruedas por la pierna y el pié derecho, destrozándoselos completamente; tenia además *delirium tremens*. Fué amputado á colgajo rotuliano.

Se le administró hidrato de cloral media onza diaria y quinina. Murió el 27 á consecuencia del delirio, las heridas estaban en buen estado.

José Lista, italiano, herida desgarrada, producida por el tramway, en el pié izquierdo con abertura de la articulacion metatarso falánjica, y con pérdida de tres dedos.

Fué amputado por el método de Chopart el 8 de Octubre. Sobrevino *tétanos* á las 16 horas.

Se trató por aplicaciones locales de láudano, al

interior hidrato de cloral á altas dósis y dos baños de vapor al dia.

A pesar de todo, murió el 11 del misms mes.

Guillermo Lanen, entró el 24 de Octubre, con herida desgarrada y fractura conminuta de la pierna derecha, la tibia y peroné hacian saliencia fuera de los tegumentos.

Al dia siguiente, cuando hubo reaccion vital, se amputó á colgajo rotuliano.

Tratamiento: quinina, un escrúpulo al dia, agua helada en irrigaciones y despues glicerina feniada al muñon como antiséptico.

Murió el 7 de Noviembre de fiebre héctica.

El 25 de Octubre entró Luis Sorti, bien constituido, temperamento sanguíneo.

El Ferro-Carril del Sud lo llevó por delante, fracturándole la pierna izquierda conminutamente en toda su estension.

Amputado á colgajo rotuliano, por el Sr. Beruti (Nicolás).

Le sobrevino erisipela flegmonosa y gangrena, de lo que murió á pesar de habérsele hecho el tratamiento conveniente.

Feliciano Pacheco entró el 28 de Diciembre, de constitucion débil, temperamento linfático, con *tumor blanco* en la articulacion radio-carpiana izquierda, cuatro fístulas que supuraban — atrofia de la

mano y cáries del cúbito y radio en el tercio inferior.

El 30 de Diciembre, viendo que el enfermo se consumia á pesar de tónicos, aceite de bacalao y fierro, fué amputado por el aventajado Dr. D. Mariano Loza, entónces estudiante de sesto año.

La operacion se practicó en el tercio medio del antebrazo, proceder *circular* y *subperióstico*; salió sano á los 20 dias.

J. J., entró el 15 de Agosto, con herida fistulosa del pié izquierdo, supuracion de la articulacion metatarso falànjica y de la tibio astragalina.

La tibia y el peroné estaban careados hasta el tercio superior, los tegumentos desorganizados.

El individuo tenia mala constitucion y deteriorada por la larga supuracion.

El dia 22 de Setiembre, el catedrático nos concedió la ejecucion de la operacion, que consistió en *amputacion circular* del tercio medio de la pierna. Se pasó el enfermo á la sala 3ª con el objeto de evitar la erisipela, donde se trató por quinina, un escrúpulo por dia y localmente hilas mojadas en alcohol. Despues ioduro de fierro y tónicos. Salió sano á los tres meses.

Ignacio Uscola, entró con herida desgarrada, con fractura conminuta de la pierna izquierda, hasta la articulacion de la rodilla inclusive, que se encontraba abierta.

Se esperaron tres dias con el objeto de ver si era posible conservar el miembro, pero como empezara

á gangrenarse el pié y parte de la pierna, se le hizo la *amputacion del tercio inferior del muslo subperióstica,* el 12 de Noviembre. Se le administró despues un escrúpulo de quinina al dia, y alcohol alcanforado al muñon; el 20 murió de gangrena.

El 25 de Noviembre, entró Manuel Gay, con herida desgarrada de la mano derecha y fractura conminuta de los metacarpianos.

Se colocó el miembro en posicion conveniente, se administró quinina y curó con glicerina feniada. Cuando todo marchaba bien, vino *erisipela flictenoides* y despues *tétanos*, entónces el catedrático determinó hacer la desarticulacion *escápulo-humeral* á las cuatro horas de haber principiado el tétanos. Este enfermo murió à las ocho horas de operado.

Gerónimo Lombardi, hombre fuerte, entró el tres de Diciembre, con una herida desgarrada y fractura de los huesos del carpo y cúbito tercio inferior izquierdo.

El accidente fué causado por una máquina de hacer pan, el mismo dia de su entrada.

Fué amputado á *colgajo tercio medio del brazo* el dia 4. Murió el 8 de *piohemia.*

El 13 de Diciembre, entró Justo Arostegui, argentino, con una herida desgarrada en la pierna izquierda, la tibia y el peroné estaban divididos conminutamente hasta el tercio inferior, el pié se

conservaba adherido al resto del miembro por los tegumentos. El tramway fué la causa de este accidente.

El mismo dia, *amputacion circular, tercio inferior de la pierna.*

Tratamiento interno, quinina un escrúpulo diario, curacion local, por el alcohol.

Se dió de alta el 21 de Diciembre á su pedido, con la herida en via de cicatrizacion.

Entró al Hospital el 14 de Diciembre Antonio Urrestarrasa, con herida desgarrada y fractura conminuta de la pierna derecha, hasta el tercio superior. Amputacion al mismo dia, *á colgajo rotuliano.*

A los dos dias le vino *erisipela flegmonosa* y despues *piohemia,* de lo que murió.

Resulta, pues, que se han practicado *veinte y dos* amputaciones, de los que han vivido *seis* y han muerto *diez y seis.*

Tres en el antebrazo tercio inferior ; uno en el tercio medio; uno murió del tercio inferior, los otros dos sanaron.

En el brazo, tres tercio medio y uno tercio superior; los cuatro murieron.

Una desarticulacion escápulo-humeral, murió.

En el pié (Chopart) dos ; uno sano y otro muerto

En el tercio inferior de la pierna, dos ; uno sano y otro muerto.

En el tercio medio uno, que sanó.

En el tercio inferior del muslo á colgajo rotuliano ; cinco amputados, cuatro muertos y uno sano.

Del muslo cuatro en el tercio inferior, y uno en el tercio medio, los cinco murieron.

RESECCIONES

Las operaciones de resecciones que se han practicado en la Clínica, han sido en su mayor parte sub-periósticas teniendo en cuenta las inmensas ventajas que resultan de conservar el perióstio por su funcion osteogénica, ventajas que hemos podido apreciar en un gran número de enfermos cuyos huesos les fueron estraidos completamente y pocos meses despues se reprodujeron por completo llenando todas las funciones que le están encomendadas por la naturaleza.

Las resecciones en que no se conservó el periόstio han sido aquellas en que esta membrana fibro-vascular se encontraba destruida.

Nos vamos á ocupar en seguida de las observaciones levantadas sobre los operados en nuestra clínica, las que pondrán de manifiesto las ventajas inmensas reportadas por este proceder operatorio que se puede decir es, la base de la *cirujía conservadora.*

Jorge Indroni, entró al Hospital el 12 Enero, con una herida por arma de fuego en la rejion del carpo, mano derecha. Se habia fracturado la estremidad inferior del radio, la apófisis estilóides, el escafóides y el semilunar.

El dia 16 fué operado. Se hizo una incision en la cara dorsal de cuatro centímetros de lonjitud en la parte interna del tercio inferior del ante-brazo.

Se disecaron los tejidos hasta llegar al periostio, el que se separó del hueso en una estension de tres centímetros por medio del bisturi *ad hoc :* hecho lo cual, se estrajo el hueso afecto. Al escafóides y al semilunar se les levantó el perióstio y el cartílago que los cubre con mucha dificultad, estrayendo los huesos pòr medio de pinzas.

Se curó la herida con algodon por fuera y por dentro, poniendo despues vendaje con destrina.

El 20 de Abril salió sano, habiendo sufrido una *erisipela errática* pasajera. El radio se habia empezado á reproducir.

El 22 de Enero entró Roque Gregorio con fractura múltiple de la tibia derecha, en el tercio medio. Los fragmentos hacian saliencia fuera de la piel.

El mismo dia se practicó una incision de seis centímetros en el lado esterno y tercio medio de la tibia que llegó al perióstio, se separó este y se estrajeron cuatro centímetros y algunos milímetros del hueso. Se hizo una curacion semejante á la del caso anterior. Salió de alta el 10 de Febrero con la herida cicatrizada.

No tenemos seguridad acerca de la reproduccion del hueso.

Domingo Furconi entró el 16 de Febrero con cárie de la mandíbula inferior á causa de carie dentaria.

Presentaba varios trayectos fistulosos hácia el ángulo de la mandíbula que guiaban el hueso, y permitian asegurarse que tenia caries en una es–

tension de dos centímetros desde el ángulo hasta la porcion horizontal. El 25 de Marzo se hizo una incision de 5 centímetros desde el ángulo hácia la sinfisis, siguiendo el borde inferior, se llegó al hueso, se separó el perióstio y por medio de gubia y martillo se extrajo toda la parte enferma, se aplicó de nuevo el perióstio, poniendo una esponja en el lugar que ocupaba el hueso. A los pocos dias se empezó á tocar con percloruro de hierro el hueso que habia quedado.

En Julio del mismo año salió perfectamente sano y haciendo buen uso de su hueso maxilar ya regenerado.

Juan Ormaiche entró con *carie* del primer metatarsiano del pié derecho, á causa de un tumor (que fué probablemente abceso).

El 20 de Abril se le practicó *la reseccion subperióstica* de todo el metatarsiano enfermo.

El 15 de Julio salió de alta con el hueso reproducido y la herida bien cicatrizada.

El 29 de Mayo entró Eduardo Telefor con una herida de arma de fuego, complicada con fractura del olécranon y abertura de la articulacion del codo.

Cuando pasaron los accidentes inflamatorios que fueron intensos y que se combatieron por sanguijuelas y emolientes, se practicó el 2 de Junio la *reseccion subperióstica* de toda la estremidad superior del cúbito por el método de Park por las ventajas que presenta de no abrir vasos, dejar separar bien el nervio cubital y por su facilidad de ejecucion

(simple incision en la parte posterior del codo, siguiendo el eje del miembro, cortar el tendon del triceps, luxar el cúbito y cerrarlo.)

Este enfermo sufrió una série de erisipelas, á pesar de haberlo sacado de la sala, lo que impidió la buena terminacion, quedando el brazo *anquilosado* en semifleccion.

Sin embargo hay algo notable en este caso y es la reproduccion del hueso.

Antonio Pesal entró al Hospital amputado en el tercio inferior del muslo izquierdo el 4 de Junio.

La amputacion que se habia hecho era circular, pero se habian cortado la piel y musculos casi al mismo nivel del hueso, lo que luego que se produjo la retraccion de los tejidos blandos, quedo saliente el fémur (*conicidad del muñon.*)

Además, la supuracion que presentaba la herida era de mal carácter.

Se le practicó el mismo dia de su entrada la reseccion subperióstica de tres centímetros del fémur y se procuró aproximar los tejidos.

Tratamiento: inyecciones de agua con tintura de iodo; al interior quinina y tónicos.

Sin embargo el enfermo murió el primero de Julio de *gangrena.*

Juan Bianello entró el 18 de Junio con fractura del frontal en su union derecha con el parietal; se apreciaba un hundimiento considerable y con síntomas de compresion cerebral.

Entònces el Sr. Catedrático le practicó la trepanacion.

El enfermo murió el 7 del mismo mes de meningo–encefalitis.

El 10 de Julio entró Francisco Bustamante con una *nécrosis* del tercio medio del cúbito, del lado derecho, en una estension de tres centímetros, á consecuencia de un herida por arma de fuego que fracturó el hueso. Despues de haber supurado cuatro meses vino al hospital.

Se le practicó la *reseccion sub-periόstica* de tres centímetros del cúbito por una incision de seis centímetros, hecha en el lado esterno del ante-brazo. Se le hizo la curacion apropiada, y el 25 de Octubre del mismo año salió de alta con hueso reproducido y herida cicatrizada.

Pedro Aerrecochea entró el 17 de Setiembre con una fractura de la tibia y peroné izquierdos (supra maleolar mal consolidados).

Trayectos fistulosos al rededor de los maleolos por los que se llegaban à la tibia y peroné *cariados* en su estremidad articular inferior y *nécrosis* total del astrágalo. Se le prescribió régimen tónico y alimentacion durante 10 dias.

El 27 del mismo mes se determinó operarlo para lo cual se empezó por dilatar abajo y afuera la abertura fistulosa correspondiente al maleolo interno se llegó al astrágalo, se separó el periostio que lo cubria, lo que se hizo fácilmente, y se estrajo por medio de una pinza fuerte. Hecho esto, se practicó el *vaciamiento* del maleolo esterno y despues del interno, cuando no quedó parte al-

guna enferma, se tocaron las superficies óseas con percloruro de hierro. Curacion adecuada, tratamiento interno, ioduro de hierro y quínina. El 24 de Diciembre salió de alta con el hueso en vía de regeneracion y las heridas casi cicatrizadas.

El 11 de Setiembre entró Vicente de Felice con una herida contusa complicada con fractura del cráneo region frontal.

Al dia siguiente de su entrada el Catedrático le practicó la trepanacion del hueso en la parte deprimida.

El hombre vivió hasta el 11 del siguiente mes aunque con abundante supuracion, pero por esa fecha le vinieron síntomas de inflamacion de las meninges y de la sustancia cerebral, muriendo á los dos dias de meningo-encefalitis.

El 1° de Diciembre entró Lucio Cano con una *necrosis* de la lámina interna del maxilar inferior, lado izquierdo á la altura del tercer molar.

A los dos dias se operó haciéndosele la *reseccion intrabucal subperióstica.*

Despues de 10 dias la herida se encontraba citrizada.

Salió de alta en esas condiciones, nada podemos decir sobre la reproduccion del hueso.

Estevan Grimaldachio entró el 3 de Diciembre con una abertura fistulosa al nivel del ángulo del maxilar inferior lado derecho, de un centí-

metro por donde salia pus; por el exámen que se le hizo, antecedentes, etc., se constató *necrosis del maxilar* desde el ángulo derecho hasta la apofisis coronoides inclusive.

Se resolvió hacer la reseccion *sub-perióstica estrabucal* con el objeto de aprovechar la fistula que existia en el carrillo. Se hizo una incision que partiendo de la parte media de la rama descendente del hueso, costeaba su parte inferior y terminaba en el punto que corresponderia á una línea que descendiera de la comisura de los lábios oblicuamente hácia abajo y afuera.

Se incindieron los tejidos, se levantó el perióstio con el bisturí ad-hoc, una vez que el hueso se encontró libre se extrajo por medio de una pinza. Se hizo una curacion adecuada; recorrió sin accidente todo el período de cicatrizacion que terminó el 2 de Abril en que estando de alta, un mes despues hacia la guardia como vigilante en el Hospital, con su hueso completamente regenerado y segun dijo al Dr. Montes de Oca (M. A.) que lo interrogaba, masticaba con la misma facilidad que antes de su enfermedad (1).

José Las Flores, español, 20 años, linfático, entró el 3 de Diciembre, con *necrosis* tercio superior del peroné derecho y dos trayectos fistulosos en el mismo punto.

Se le practicó á los veinte dias la *reseccion* del ter-

(1) La pieza patológica se conserva en el Museo de la Facultad de Ciencias Médicas.

cio superior del peroné, subperióstica, para lo que se hizo una incision longitudinal en la parte esterna de la pierna, que empezaba en la articulacion del peroné con la tibia, donde estaba una fistula y se extendia hácia abajo en línea recta de ocho centímetros; á los músculos *tibial anterior y extensor comun de los dedos* que se los llevó adelante y *peroneos laterales* hácia atrás.

El hueso una vez descubierto, se le separó el perióstio que lo cubria, en seguida se cortó el hueso en la union del tercio superior con los dos tercios inferiores y arriba se desarticuló de la tibia.

Terminada la operacion, se hizo la curacion conveniente.

Tratamiento: quinina y ioduro de fierro; localmente, agua fria y al último glicerina feniada.

El enfermo salió de alta á los 10 meses, sano.

Ultimamente ha estado de asistente en la sala con el hueso regenerado (1).

Alejandro Sthiewikis, de 39 años, entró el 29 de Diciembre.

Presentaba *cáries* de la lámina interna del maxilar inferior, lado derecho, al nivel de la tercera y cuarta muela.

El Sr. Catedrático confió la operacion al ex-alumno actual Dr. Muñoz, quien estrajo las dos molares cariadas, hizo en seguida nueva incision paralela al borde inferior de la rama horizontal que se estendia desde el ángulo hácia la sínfisis barbal, en una

(1) La pieza patolójica se halla en el Museo de la Facultad.

estension de seis centímetros, separó el perióstio y estrajo la parte del hueso enfermo, las desigualdades se corrigieron por medio de la legra, procediéndose en seguida á la curacion.

Estando la herida cicatrizada y el estado general del enfermo bien, fué dado de alta.

A los cinco meses examinamos detenidamente á este hombre y encontramos el hueso regenerado por completo.

Como se vé se han practicado *catorce resecciones*, una en el carpo, otra en la tibia, cuatro en la mandíbula inferior, dos del cúbito, una en el peroné, una del fémur, dos del frontal (que las coloco en las resecciones por ser el lugar que les dan los autores de medicina operatoria), y otra que no es propiamente reseccion pero que no tiene otro cuadro en donde colocarla, es el *vaciamiento* de la tibia y peroné y estirpacion del astrágalo (porque escepto su perióstio todo se estrajo).

El resultado ha sido que de *14 operados sólo tres han terminado por la muerte* y eso teniendo en cuenta que dos son de los huesos del cráneo y el otro fué un hombre que entró en las peores condiciones y su muerte la causó la gangrena, los demás han sido seguidos del resultado mas satisfactorio.

OPERACIONES PRACTICADAS EN LAS ARTICULACIONES. LUXACIONES.

Antonio Colomba entró con una *luxacion del húmero* el 1° de Julio. La luxacion era hácia adelante, lado derecho. Se hizo la reduccion el dia 14, proceder de fuerza estension, contra-estension y coaptacion. El dia 22 fué dado de alta, sano.

Genaro Guisa, *luxacion escápulo-humeral,* hácia adentro, reduccion despues de 16 dias, siguiendo el método de fuerza, fué dado de alta el 25 de Julio.

El 4 de Setiembre N. J. *luxacion del codo,* al cuarto dia reduccion, fué dado de alta el 26.

Noviembre 3 entró B. Torres, con una *luxacion del puño* izquierdo, reduccion el dia 4 de Diciembre, alta el 17.

Pedro Sandes, entró el 11 de Junio con *artritis reumática* y derrame inter-articular. El dia 12 puncion con trócar de Dieulafoy, despues vendaje con algodon y destrina salió sano el 9 de Julio.

El 17 de Mayo entró Juan Fido con una *herida por arma de fuego* en la rodilla derecha, el proyectil habia penetrado dentro de la articulacion.

Despues de pasar los accidentes inflamatorios el Dr. Novaro hizo una incision en la parte interna de la articulacion y mediante una pinza extrajo la bala, se le aplicó un bendaje dextrinado y el 25 de Setiembre salió sano.

Me límito no mas á enumerar estas operaciones, por ser muy pocas para arribar á una conclusion práctica.

OPERACIONES PRACTICADAS SOBRE LAS ARTERIAS

Los casos presentados en este año son los siguientes:

Nicolás Justino Blás, Francés, entró al Hospital el tres de Marzo y se diagnosticó despues de muchos exámenes un *tumor aneurismático de la axilar* en su parte inferior, muchos alumnos y algunos médicos de los que le observaron pensaron que se trataba de un abceso, pero cuando pasó algun tiempo, el diagnóstico del catedrático se ratificó, el tumor se hizo pulsátil y amagó abrirse al esterior. Se trató al principio por compresion dijital de la subclavia, lo que no dió resultado. Cuando el tumor amezaba abrirse se ligó la axilar por debajo de la clavícula.

El enfermo murió el 28 de Marzo de anémia, causada por las hemorrajias del *saco*. En la autopsia hecha por el Sr. Artigueta resultó que la aneurisma habia sido de la acromio-torácica.

Pedro Aramburú entró el 19 de Noviembre con una *aneurisma falsa primitiva de la àrteria femoral tercio medio*, consecutiva á una herida punzante; como hubiera repetidas hemorrajias á pesar de la compresion que se ejercia, se ligó en el triángulo de Scarpa. El enfermo se mantuvo bien por espacio de 15 dias, aunque con supuracion del saco. Sucumbió de *piohemia* el 13 de Febrero.

Los dos únicos casos en que se han ligado las arterias sucumbieron pero las malas condiciones en que se encontraban los enfermos, así como su pequeño número no permiten sacar ninguna conclusion.

OPERACIONES PRACTICADAS EN LOS ÓRGANOS GENITO-URINARIOS

HIDROCÉLES

El método operatorio seguido para el tratamiento de estos tumores ha sido el del Catedrático de Clínica Dr. M. A. Montes de Oca. *Sedal á tubo drenage.*

Lo describiremos antes de mencionar los casos en que ha sido empleado para no tener que hacerlo en cada caso en particular, teniendo presente las diferencias habidas respecto á su aplicacion.

El proceder se lleva á cabo de la siguiente manera. Se toma un trócar comun y se hace con él

cerca de la parte inferior del tumor una puncion (teniendo las precauciones requeridas con el testículo para no herirlo), en seguida se retira el punzon sin sacarlo completamente, y con la cánula se busca por dentro el punto diametralmente opuesto. Una vez allí se asegura con la otra mano el punto, dejando un intérvalo por donde se empuja de nuevo el trócar hasta hacer la contrapuncion.

Hecho esto se toma un tubo de drenage capaz de pasar por la cánula y se desliza por ella, cuando la atraviesa por completo se toma la estremidad del tubo que hace saliencia y sugetándolo se retira la cánula.

El tumor queda atravesado de parte á parte por el tubo y el líquido sale por los agujeros de él.

Se atan sus estremidades una con otra, con lo que queda terminada la operacion.

Este proceder ha dado en la clínica resultados de todo punto satisfactorios salvo algunos casos en que una erisipela ha venido á complicar la salud del operado, determinando algunos desórdenes pero aun así, la curacion ha sido radical siempre.

Luis Arénas, entró el 7 de Enero con un *hidrocéle de la túnica vajinal*, causado por un golpe. El volúmen era como de un huevo de pato y su forma esferóide. El dia 14 se operó por *sedal á tubo drenage.*

Tuvo una inflamacion moderada, despues de la cual salió sano el 10 de Febrero.

Bartolomé Mayol entró el 5 de Junio con un *hidrocele de la túnica vajinal* consecutivo á una inflamacion del canal uretral, tenia forma piriforme, media 12 centímetros de largo por 20 de circunferencia, parte media.

Se operó el dia 9 del mismo mes, *por sedal á tubo drenage* saliendo completamente curado el dia 28.

Ceferino Sosa entró el 24 de Octubre con *hidrocele de la túnica vajinal* consecutivo á un golpe. Tendria el volúmen y forma de un limon mediano, fué operado el dia 26 por *sedal á tubo drenage.*

Salió curado el 23 de Noviembre.

Juan N., entró el 20 de Noviembre, *con un hidrocele vajinal é hidrocele del cordon* consecutivos segun decia, de blenorragias, chancros, etc.

El volúmen del tumor escrotal, era considerable, y de forma esférica.

El del cordon era ovóideo y se encontraba inmediatamente bajo del anillo inguinal.

Se practicó *sedal á tubo drenage* en el del escroto y como se viera por esto que los dos tumores no tenian comunicacion, se hizo una sola puncion en el del cordon, con lo que quedó evacuado el líquido que contenia.

Con esta operacion quedó el enfermo curado, saliendo de alta el 1° de Diciembre.

Ocho meses despues, vimos al enfermo por otra enfermedad y el tumor no se habia reproducido.

Hemos observado, además de estos enfermos, muchos otros que concurrian del público, enfermos de *hidrocele* que fueron operados, curando radicalmente y que no los citamos aqui por no haberse asistido en el hospital, entre ellos figura un caso muy notable, que tenia un tumor de mayores dimensiones que las de un huevo de avestruz, complicado con orquitis crónica, este hidrocele era multilocular, fué curado por *sedal á tubo drenage,* combinado con *incision* es que hubo que practicar por sobrevenir una inflamacion muy intensa.

La historia de este caso con todos sus detalles, la presentamos en el exámen de 5° año.

No creemos necesario presentar mas casos para probar los buenos resultados obtenidos por este proceder puesto que es muy conocido entre nosotros.

ESTRECHECES ORGÁNICAS DE LA ÚRETRA

El método seguido para el tratamiento de las estrecheces, ha sido la divulsion por el método de Holt y de Thompson, teniendo el Dr. Montes de Oca predileccion por este último.

Se sabe que la divulsion segun Holt, es la ruptura violenta de la estrechez, desde que pueda pasarse el núm. 9 hilera francesa ó 3 inglesa, puede introducirse el divulsor y entonces por medio del mandrin del núm. 10 inglesa ó 21 francesa, se introduce dentro del divulsor haciendo la dilatacion

de un solo golpe. La espancion de las láminas del instrumento, dilatan la estrechez hasta el núm. 12 inglesa, 21 francesa.

Hecho esto, se saca el instrumnto y se pasa una sonda del núm. 12.

Valentin de Facio, entró el 2 de Marzo, con una *estrechez de la porcion esponjosa de la uretra* á los tres dias se hizo la divulsion Thompson, y el enfermo fué dado de alta el 26 de Mayo, pasando perfectamente la sonda núm. 12.

Francisco Minuta, italiano, entró el 24 de Abril, con *estrechez orgánica de la porcion membranosa,* el 2 de Mayo fué operado por divulsion Thompson.

El 16 del mismo mes fué dada de alta.

Actualmente hemos visto al enfermo que se encuentra bien.

El 26 de Abril, Saturnino Chasorreta, entró con una *estrechez en la porcion membranosa de la úretra.* Se hizo la divulsion por el método de Holt. El enfermo á las tres horas tuvo escalofrios que cesaron y salió sano el dia 1° de Mayo.

Pio Grut, entró el 7 de Febrero, con una *estrechez órgánica en la porcion de la úretra, comprendida entre la union de la porcion membranosa con la esponjosa.* El dia 11 se introdujo el divulsor de Thompson, haciendo la dilatacion y pasando despues una sonda núm. 12.

El enfermo salió de alta un mes despues perfectamente bien.

Daniel Fandiño, entró el 12 de Febrero, con una *fístula en la porcion membranosa de la uretra y una estrechez que tenia su sitio en la misma porcion,* pero un poco antes de la fístula. El 15 se pasó el divulsor de Holt se hizo la dilatacion y se puso una sonda permanente, N° 12, combinada con un *sifon vesical.* Cuando la fístula estaba por cicatrizar y todo marchaba bien, fué acometido de fiebre tifóidea el 28 de Febrero, que le produjo la muerte en 7 dias.

Pedro Vergara, entró el 7 de Junio, *con estrechez orgánica, porcion prostática de la uretra.* Operado por el divulsor de Thompson, despues de haber pasado la sonda núm. 12, tuvo escalofrios repetidos, que cedieron á la quinina con morfina. El 23 salia el chorro de orina casi normal, sin ardores ni molestia alguna.

El 13 de Junio, entró J. Calisto Vera, presentaba *tres estrecheces orgánicas en toda la uretra.* Divulsion al dia siguiente, Thompson.

Salió el 12 de Julio, bien curado.

Las operaciones de divulsion son siete en las que se han empleado dos veces el aparato de Holt y cinco el de Thompson.

El resultado ha sido siempre favorable.

De los enfermos que venian de afuera se han operado como diez, todos tambien con resultados excelentes.

El tratamiento seguido como preventivo y algunas veces como curativo, era la siguiente fór-

mula: sulfato de quinina un escrúpulo, clorhidrato de morfina un grano en ocho píldoras para tomar una cada cuatro horas.

OPERACIONES PRACTICADAS EN LA VEJIGA

El 26 de Enero entró Roque Baudrix con *cálculo vesical de ácido úrico* y del volúmen de una nuez chica, el dia 8 de Febrero se hizo la *talla prerectal* por el proceder de Nélaton.

El enfermo marchó bien hasta el dia nueve á la noche y cuando todo parecia marchar hácia la curacion fué atacado de accidentes convulsivos y demas síntomas que acompaña á la *uremia* de la que murió el 10 de Febrero.

El 16 de Febrero entró Juan Pelúfo con un *cálculo vesical* que habia tenido por núcleo la introduccion de cuerpos estraños por la uretra.

El dia 19 fué operado por *talla prerectal*, proceder de Nélaton. Dos dias pasó perfectamente, orinando al segundo por la uretra por haberse cicatrizado la herida perineal por primera intencion. Pero á la noche de ese mismo dia se desarrolló una *perítonitis* que le causó la muerte en pocas horas.

Ramon Denis, argentino entró al Hospital el 14

de Marzo con un *cálculo vesical mural*, del volúmen de una nuez que fuera un poco plana.

El señor catedrático resolvió operar al enfermo el dia 23 por proceder *bilateral* de Dupuytren, *talla prostática*; la que se llevó á efecto sin poder cloroformar al enfermo por hallarse afectado de una lesion *orgánica* al corazon.

Los tres primeros tiempos de la operacion, incision semilunar del periné hasta la uretra, incision de la uretra, introduccion del *litotomo* y seccion de los diamétros oblícuos é inferior de la próstata fueron ejecutados con destreza en ménos de diez minutos.

El último tiempo, la estraccion del cálculo, fué algo tardia debido á que este se hallaba *encantonado*, sin embargo salió sin ningun accidente.

Despues de una fiebre moderada el enfermo quedó perfectamente al cabo de 16 dias.

El último caso de cálculo fué un niño que aunque no se asistió en el Hospital sirvió de caso clínico, razon por lo que vamos á ocuparnos de él lijeramente.

N. N. Argentino de 11 años, domiciliado en la calle de Santa-Fé se hallaba afectado por un *cálculo vesical, de oxalato de cal* del tamaño de una castaña.

En el mes de Abril se resolvió operarlo entre los doctores Argerich, Marengo y el Señor Catedrático.

El bisturí le fué confiado al señor catedrático, el que con prontitud estrajo y sin ningun accidente el cálculo.

El niño tuvo despues de la operacion algunos pequeños accidentes, quedando perfectamente sano en pocos dias.

ESTIRPACION DE TUMORES

Durante este año se han presentado pocos casos de esta naturaleza lo que nos obliga á describirlos todos reunidos sin ocuparnos por rejiones como debe ser.

Antes de enumerar las observaciones debemos mencionar un importante proceder del Sr. Catedrático destinado á ser un coadyuvante poderoso para la estirpacion de tumores sobretodo.

Este proceder es la *insuflacion,* del que no hablaremos por ser demasiado conocido, lo mismo que por existir sobre él una memoria interesante y bastante detallada, donde se demuestran sus ventajas así como sus resultados, publicado por nuestro compañero J. Aguilar y presentado al examen de 5° año.

El enfermo de que vamos á ocuparnos fué observado por el Sr. Aguilar.

Miguel Yohmson entró à la Clínica el 6 de Setiembre de 1875, presentando un tumor que se estendia desde el pubis hasta la raiz de las bolsas, interesándolas por completo.

Desde la raiz de las bolsas hasta un centímetro por delante de la márgen del ano existia otro tu-

mor que estaba constituido por tres lóbulos. El testículo izquierdo estaba adherido al tumor, el otro libre.

Los cordones espermáticos y los gánglios inguinales aumentados de volúmen. El segundo tumor que hemos dicho, presentaba tres lóbulos tenia la piel que lo cubria escoriada en varios puntos.

La piel del púbis habia descendido arrastrando pelos de esa rejion al cuarto superior del pene. El escroto hipertrofiado considerablemente, siendo rugoso como *ictiósico*.

La forma se puede deducir de lo que hemos dicho, el volúmen era el de una cabeza de adulto.

En el periné, á tres centímetros del ano, habia un trayecto fistuloso que daba salida á la orina.

El estado general del enfermo era bueno.

La operacion se hizo principiando por hacer *insuflacion*, en seguida dos incisiones semilunares, que partian del pene en su raiz y se dirijian oblícuamente hácia afuera, limitando dos colgajos destinados á cubrir los testículos.

Se incindió el tumor en la línea media, con objeto de buscar la uretra, despues de alguna dificultad por la escesiva hemorrajia y la clase de tejido (*fibroso*) en que se operaba, se dió con un cordon sólido y presentando degeneracion análoga á la del tumor. El cirujano estrajo toda esa uretra de arriba hácia abajo y atrás en una estension de 4 traveses de dedos, entónces pasó por allí una sonda que fué al reservorio urinario. Al pasar la sonda se chocó con unos cuerpos estraños en la uretra, los que no eran otra cosa que *cálculos fosfàticos* que se estrajeron por medio de pinzas apropiadas.

En seguida se desprendieron los testículos de las adherencias que tenian, terminando despues los colgajos laterales que les formaron unas bolsas excelentes.

El peso del tumor era de tres libras y media (1).

El paciente mejoró bien, quedando como era de esperarse con una fístula urinaria perineal, cuya curacion piensa intentar el Sr. Catedrático procurando restaurar la uretra como se hizo en un caso de que hablaremos mas adelante.

Francisco Tanipui, entró á la Clínica el 2 de Noviembre con un *epitelioma* de la lengua, pilares anteriores del velo del paladar y amígdala izquierda. Todos los músculos de la lengua estaban afectados por el mal, y una de las glándulas submaxilares estaba, tambien, enferma.

Se hizo la estirpacion total de la lengua, sus músculos, amígdala izquierda y pilares del paladar por el método de Sedillot.

Las dos arterias linguales se ligaron préviamente á la altura del asta mayor del hueso hioides.

Despues de operado, siguió bien durante dos meses, alimentándose por medio de la sonda esofájica, pero al cabo de algun tiempo, se reprodujo en la boca y garganta el *epitelioma* y se generalizó la enfermedad muriendo el individuo de *Caquexia cancerosa* el 1° de Abril.

(1) El análisis histológico del tumor fué hecho por mi compañero Aguilar y presentado al exámen de 5° año.

Juan Bertrochi, francés, entró á la Sala el 4 de Junio con un *epitelioma* en el hombro derecho, parte posterior, de 4 centímetros de circunferencia. El 10 de Junio se estirpó con *insuflacion* prévia. Cicatrizó por primera intencion y fué dado de alta el 28 de Junio.

Guillermo Rojas, entró el 28 de Abril con un *pólipo fibroso naso-farínjeo*, el tumor hacia saliencia fuera de las fosas nasales y rechazaba un poco hàcia abajo el velo palatino, su base de implantacion pareció ser en la parte posterior de las fosas nasales, sin poder decir dónde, puesto que en estos pólipos lo único que puede hacerse es presumir que sea la apófisis basilar, etc. Se operó por *arrancamiento* combinado con *torsion* por las fosas nasales y por la boca. Salió de alta el 29 de Julio no del todo bien, pues, sentia molestias para deglutir y aun para respirar.

Angel Frarquiño, entró el 12 de Febrero, italiano presentaba un tumor *adenoídeo* en la region axilar derecha; medía 12 centímetros en su circunferencia, era duro, rugoso y presentaba la forma de estos tumores; presentaba además 4 ó 5 trayectos fistulosos que dejaban salir pus en abundancia.

El Catedràtico lo sometió al ioduro de hierro al interior é inyecciones iodadas localmente.

A los 3 meses de tratamiento y cuando el sugeto estaba en buenas condiciones se practicó la estirpacion combinada con *insuflacion*.

Las incisiones que se hicieron fueron 2 elípticas.

Entónces el exàmen que se hizo, demostró la exactitud del diagnóstico. Se le dió de alta con una pequeña fístula purulenta en vía de curacion el 31 de Octubre (1).

El 1° de Julio A. P. entró con *vegetaciones sifilíticas* en el ano, el tumor era del volúmen de un limon.

Se hizo estirpacion con el constritor de Chasaignac, curvo, cauterizando despues la herida con fierro rojo.

El tratamiento fué inyecciones hipodérmicas : calomel 12 granos en un escrúpulo de mucílago (para dos inyecciones, una en cada brazo). Salió de alta sano el 3 de Agosto.

Hay dos enfermos mas con enfermedad idéntica à estos que no citamos por haber perdido las observaciones pero el resultado que tuvieron sabemos fué inmejorable.

DOS OPERADOS DE ENFERMEDADES DE LOS OJOS

Citaré estos dos casos por haber sido asistidos en la clínica, aunque no corresponden á ella.

(1) La pieza anatomo-patolójica existe en el Museo.

Uno fué un individuo que presentaba una *glaucoma* en el ojo derecho.

Como preventivo de la oftalmia ó simpática, se le hicieron dos *iridectomías terapéuticas* en la parte superior de la córnea. Despues de una segunda operacion el enfermo salió de alta habiendo disminuido la tension ocular, y desapareciendo por completo los dolores que le aquejaban.

El segundo caso fué un hombre que presentaba una estrechez del conducto nasal. Se le introdujo la cánula metálica, segun el proceder de Dupuytren, para mantenerla en dilatacion permanente.

El enfermo tuvo una *erisipela facial* y salió de alta despues, sin que hayamos sabido el resultado.

A nosotros no nos parece conveniente este proceder, porque, como dicen algunos autores, la permanencia de la cánula allí trae alteraciones en el periόstio que pueden tener graves consecuencias. Preferimos el cateterismo intermitente.

Hernias estranguladas, autoplásticas y un caso de herida penetrante del vientre con salida del epiplon, muy curioso.

Enumerando estos casos habremos concluido nuestro trabajo.

Hubiéramos deseado estendernos en mayores consideraciones, pero hemos suspendido porque haríamos un trabajo demasiado estenso y mas que todo no disponemos del tiempo necesario.

HERNIAS

El 1° de Diciembre entró José de Jorge con una hernia estrangulada inguinal derecha, el anillo esterno era el constrictor. Viendo que los *vómitos fecalóides* aumentaban y que todos los medios aconsejados por el arte fallaban, se resolvió hacer la *kelotomía* dando por resultado la mejoría inmediata del enfermo y su curacion el 30 del mismo mes.

Juan Tuffaire, entró el 12 de Diciembre con una *hernia inguinal* izquierda, el anillo esterno, como en el enfermo anterior, era el que estrangulaba.

En la noche de su entrada fué visto por el médico interno, el que ordenó el tratamiento adecuado en esos casos, opinando se esperara hasta el dia siguiente para hacer la debridacion del anillo. (Esto no nos pareció conveniente teniendo en cuenta el malestado general del paciente).

Al dia siguiente el Catedrático practicó la debridacion, haciendo notar que el enfermo estaba con *peritonitis* de lo que murió al siguiente dia de operado.

Juan Brugneri, entró el dia 15 de Noviembre con una hernia inguinal derecha inflamada, se hizo un tratamiento antiflójistico enérgico, combinado, con lavativas de tabaco y administracion de infusion concentrada de café, pero el trabajo inflamatorio

siguió, produciéndose el estrangulamiento de la hernia, lo que hizo necesario la intervencion quirúrgica.

El dia 17 se practicó la *herniotomia* dando por resultado la mejoría completa del enfermo á los 10 dias de operado en que fué dado de alta.

Antonio Clere, suizo, entró à la Sala el dia 22 de Diciembre con una *hernia inguinal* doble (habitualmente no contenida) del vólumen de una cabeza de feto, la dilatacion de los anillos era tan considerable que no habia vendaje capaz de sostener las vísceras en la cavidad abdominal.

El enfermo pedia se le operase, porque la deformidad que tenia le impedia todo trabajo, el Sr. Catedràtico creyó deber intervenir por ser esta una hernia muy considerable.

La operacion se prácticó el 26 del mismo mes, haciendo punciones sobre la piel de los anillos inguinales esternos y pasando por ellos *tubos de drenaje* con objeto de provocar una inflamacion, que ejerciera sus efectos sobre los anillos dilatados. Idéntica maniobra se hizo en el escroto comprendiendo el saco herniario. (Es claro que se hizo prévia reduccion de los intestinos herniados).

Los dos primeros dias posteriores á la operacion el enfermo marchó bien. La inflamacion era moderada, y no habia exaserbacion térmica que acusara fiebre.

Pero el tercer dia, las heridas empezaron á supurar abundantemente. El pus pasó la cavidad

abdominal y determinó una inflamacion del peritoneo que términó con la muerte.

En este caso creemos no debia haberse intervenido, dejando mas bien al enfermo con su enfermedad y procurando aliviarle en sus molestias por algun medio adecuado. En otra region donde los peligros no fuesen tan inminentes como en esta aceptamos la intervencion quirúrgica.

AUTOPLASTÍAS

Antonio Leopardo, entró al Hospital el 11 de Febrero, à causa de una herida por mordedura que comprendia el periné, el escroto y la uretra.

Presentaba dos fistulas uretro-escrotales, dos uretro-perineales, una escrotal incompleta y una obstruccion de la uretra. Las fístulas iban á la porcion bulbosa de la uretra que se hallaba degenerada en tejido fibroso, en una estension de 4 centímetros.

La operacion que se hizo, consistió en hacer una incision en la parte posterior de las bolsas sobre la línea media y se trató en seguida de encontrar la uretra.

Esta incision fué aumentando hasta estenderse desde la raiz del péne al periné. Cuando se iba llegando à la uretra se debridaron los trayectos fistulosos y se estirpó el tejido calloso que los formaban.

Con gran dificultad se llegó à la uretra en su porcion ya degenerada y por medio de una hábil incision se estirpó en una estension de 4 centímetros, quedando las dos estremidades sanas abiertas, donde se introdujo una sonda, que pasando por el el meato, atravezara las dos partes divididas y fuera á la vejiga, donde debia quedar permanentemente combinada con el *Sifon*.

En los bordes inferiores y superior de la herida se encontraban tejidos del bulbo espesadas y aprovechando de este engrosamiento se hizo la sutura de la uretra. Cerrose, despues, las heridas de las bolsas con lo que se terminó la operacion.

Se puso bajo la accion de un aparato irrigador y réjimen antiflogístico. Padeció cuatro ó cinco erisipelas pero á pesar de ellas, salió bien, solamente con la cicatriz del rafé medio del escroto algo abierto.

Salió de alta el 4 de Marzo de 1876.

La historia de este enfermo con todos sus detalles fué presentada por nuestro excelente compañero el Sr. Maciá.

Francisco Agito entró el 9 de Julio con una herida desgarrada en la piel de la frente y de la nariz con pérdida de sustancia.

En su parte media é inferior la nariz habia sido desgarrada, tambien, con pérdida de sustancia, se hizo allí una autoplastía por deslizamiento de la piel de los lados, en la herida de la frente se hizo una operacion semejante; el enfermo tuvo una porcion de erisipelas en la cara y una en el cuero cabelludo, sin embargo mejoró y fué dado de alta el 31 de Diciembre completamente sano.

Cárlos Verdura, entró el 9 de Setiembre, con una anquilosis incompleta de la boca y una cicatriz viciosa con pérdida de sustancia en la comisura, lado derecho, todo consecutivo à una gangrena de la boca. Se practicó la maseterotomía y se hizo una autoplastía por deslizamiento, estrayendo todo el tejido inodular, despues sobrevino gangrena, y á pesar de los grandes cuidados, el enfermó quedó casi como antes, influyendo en mucho las negativas de él para mantener hilas entre los arcos dentarios.

Vamos á ocuparnos del caso de herida penetrante de vientre.

Laureano Loza, entró el 26 de Noviembre, con una herida penetrante en el flanco izquierdo del abdómen, una cantidad de epiplon como de cinco centímetros de longitud por tres de espesor, habia salido fuera de la cavidad peritoneal. Esta hernia estaba estrangulada, porque la herida era muy pequeña, de manera que, la reduccion no podia efectuarse.

Entónces, el cirujano puso un *cierranudo* para hacer la escision gradual, la que se llevó á cabo en 10 horas, no esperimentando el enfermo ninguna alteracion que hiciera presumir tal lesion. Salió de alta, sano el 8 de Diciembre.

Habiendo concluido la enumeracion de los casos que se presentaron à nuestra observacion, y suprimiendo algunos por su poca importancia y por la poca estension que deseamos dar à este trabajo, como innumerables casos de reduccion de fracturas,

operaciones de fimosis, parafimosis, paracéntesis, toracéntesis, una castracion, numerosas reducciones de hernias; algunas orquitis tratadas por puncion con un éxito muy bueno; abertura de abcesos superficiales y profundos, extraccion de proyectiles, operaciones de quistes por simples punturas, otras veces combinadas con sedal, etc., vamos à detenernos en las numerosas complicaciones que han tenido los operados.

La *erisipela* bajo todas sus formas, atacaba lo mismo, à los que presentaban simplemente heridas hechas por el *escarificador* de ventosas, como à los que tenian grandes traumatismos. Aparecia ya bajo la forma endémica y recrudecia para tomar la epidémica, en algunos meses como Julio, Agosto y Setiembre, precediendo algunas veces á la *Gangrena*, otras á la *Piohemía* y *Septicemía*.

La *Piohemia* y la *Septicemia* son dos de las epidemias que mas estragos han causado, produciendo una mortalidad increible y lo mismo que la erisipela, reinando ya endémica, ya epidémicamente. Como se sabe, estas dos enfermedades son tanto mas terribles cuanto que el médico se encuentra impotente contra ellas, no teniendo á su alcance ningun medio curativo, capaz de volver á la salud à los que han sido atacados.

Si procuramos buscar la causa productora de estas infecciones, no tendremos mucho que andar. Basta que nos fijemos en el aire que respiran los que viven en el Hospital y tendremos la prueba evidente del orígen de esas enfermedades.

El aire cargado de materia orgánica por las emanaciones del sub-suelo que se encuentra lleno de depósitos escrementicios considerables, y de los cuales, algunos han estado abiertos hasta hace poco; las innumerables letrinas en pésimas condiciones, hasta el punto de ser irrespirable el aire que circula en ellas y en sus alrededores; las emanaciones producidas por la aglomeracion de enfermos, en salas mal dispuestas, mal ventiladas, y cuyas paredes y techos, se encuentran saturados de *detrítus* orgánicos, y por fin, la proximidad á un inmenso terraplen hecho con depósitos de basuras, como es el que existe en la bajada al rio; son condiciones las mas propicias para favorecer la germinacion y difusion de los venenos mórbidos.

Despues de conocer estos numeros focos de infeccion, autores de tantos males, vamos á tomar un grupo de las operaciones que se practicaron en ese año y veremos sus desastrosos resultados.

Tomaremos las amputaciones por ser las operaciones de mas simple ejecucion, donde por consiguiente la habilidad del cirujano casi no interviene para el resultado. Sin embargo la destreza manual de todos las detalles, fué siempre la exigida, pues, para cada caso se discutia detenidamente, la oportunidad del método á seguir, procediendo despues tanto el señor catedrático, como los alumnos que bajo su inmediata direccion operaban, con arreglo á todas las reglas del arte.

Además, los cuidados prestados por los practicantes al servicio de las salas, así como por las hermanas de caridad, las que en su noble mision es-

tán destinadas á llevar el consuelo à los que son víctimas del dolor; han sido siempre lo mas esmerados.

Los medicamentos empleados entónces, aunque no eran siempre buenos, sin embargo, fueron lo suficiente para llenar las indicaciones, porque la quinina, uno de los agentes mas poderosos contra las infecciones era buena.

Pero todo fallaba ante un poder superior al arte, el de esas enfermedades que arrebataban á los enfermos.

Para probar hasta qué punto llegaban las malas condiciones hijiénicas, citaremos brevemente un caso de un herido que vino á hacerse la primera curacion al Hospital.

Un hombre, peon de la casa del señor Lanús, se desgarró con una máquina el dedo meñique de la mano izquierda; inmediatamente fué traido al Hospital, donde fué atendido por el señor Aguilar (D. Julian), el que le hizo la desarticulacion de la 2ª falanje y despues una curacion simple con hilas empapadas en agua fria. A los dos dias este enfermo que habia ido á asistirse á su casa fué atacado de una erisipela flegmonosa, que un dia despues, presentaba el aspecto de *podredumbre de Hospital*, para causar dos dias mas tarde la muerte del paciente en medio de síntomas sépticos.

Este solo caso en que no se emplearon otros útiles del Hospital que los instrumentos y las hilas, dá una idea clara de que todo allí estaba infeccionado.

Pero vamos á las amputaciones. Estas operaciones como hemos dicho fueron bien ejecutadas.

La curacion que se hizo en casi todos ellos fué

por oclusion con el objeto de impedir la penetracion de los miasmas ; pero la supuracion abundante que sobrevenia obligaba á quitar dia á dia los vendajes, razon por la que se resolvió hacer las curaciones con glicerina feniada en unos y en otros con hilos empapados en soluciones de ácido salicílico.

El número de los amputados en distintas regiones, como ya lo hemos dicho, fué de veinte y dos y el resultado ha sido: diez y seis muertos, y seis curados.

Como se vé, esta es una estadística de mortalidad aterradora, que solo pueden esplicar las escesivas complicaciones, á que se hallaban espuestos los que presentaban soluciones de continuidad.

Hay sin embargo, un hecho que parece desmentir esta influencia nosocomial, y ese hecho es el resultado obtenido en las resecciones. Estas operaciones en efecto, fueron practicadas en número de catorce, y de los operados tres solo murieron, salvándose once. Debiéndose tener presente que de los tres que murieron dos eran lesiones muy graves de los huesos del cráneo que se les aplicó el trépano y el otro un enfermo en muy malas condiciones, tanto generales como locales.

Pero tambien es verdad, que estas operaciones son la demostracion de las inmensas ventajas de la cirujía conservadora, presentando superficies traumàticas poco estensas, asi como tambien buenas condiciones para la aplicacion de los aparatos de *oclusion,* por el contrario de lo que pasa en las amputaciones, que presentan una estensa superficie viva, mas apropiada para dar acceso à la absorcion miasmàtica.

Estos solos resultados que mencionamos, son mas que suficiente para demostrar que nuestro Hospital, necesita reformas inmediatas, lo que seria de un costo exíguo y daria resultados los mas satisfactorios. Al decir esto queremos hablar de que debia construirse un Hospital nuevo, el que debia ser hecho simplemente de madera, para «quemarlo á los cinco años con todas las epidemias» como dicen los adelantados Norte-Americanos.

Pero en fin, si esto no se hace, tenemos esperanzas de que por lo menos, nuestras autoridades echen una mirada piadosa hácia estas casas donde asila la desgracia, remediando en algo siquiera, las malas condiciones que imponen mas sufrimientos aún, á sus pobres moradores.

Señores:

He terminado la tarea que me impuse, si no he llenado vuestros deseos, debo declararos que los mios tampoco quedan satisfechos, á pesar de haber puesto todos mis esfuerzos para que mi última leccion fuera digna de vosotros.

Sólo me resta ahora manifestaros mi agradecimiento por cuanto me habeis enseñado.

V°. B°.
M. A. Montes de Oca.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMÍA. — ¿Cuáles son los órganos que forman el periné?

FISIOLOGÍA. — ¿Cómo se hace la circulacion de la sangre?

PATOLOGÍA GENERAL. — ¿Cómo se examina un enfermo?

TERAPÉUTICA. — Efectos fisiológicos y terapéuticos del opio.

HIGIENE. — ¿Qué condiciones debe reunir una sala de Hospital para ser higiénica?

PATOLOJÍA ESTERNA. — Diagnóstico diferencial de los tumores de las bolsas.

CLÍNICA QUIRÚRJICA. — ¿Qué es el sifon vesical y cuáles son sus usos?

CLÍNICA OFTALMOLÓJICA. — La enucleacion del ojo y sus indicaciones.

PATOLOJÍA INTERNA. — Patogenia de las hemóptisis pulmonares.

OBSTETRICIA. — Reglas para la lactancia.

CLINICA MÉDICA. — Tratamiento del cólera mórbus epidémico.

MEDICINA LEGAL. — ¿El médico puede encargarse de entregar à un tercero los objetos que hubiese recibido de un moribundo?

